

VIETNAMESE

THÔNG TIN QUAN TRỌNG CHO NHỮNG NGƯỜI XIN MEDI-CAL**THÔNG BÁO VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ VÀ GIỮ KÍN**

Các đoạn 14011 và 14012 của Bộ Luật An Sinh và Định Chế (Welfare and Institutions Code) cho phép các sở an sinh xã hội quận yêu cầu quý vị cung cấp một số chi tiết để quyết định xem quý vị, hoặc những người được quý vị đại diện, có hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi Medi-Cal hay không. Quý vị phải cung cấp các chi tiết này để xin hưởng quyền lợi Medi-Cal. Các chi tiết này sẽ được các cơ quan sau đây xử dụng:

1. Sở an sinh xã hội quận xử dụng để quyết định lần đầu tiên và sau đó về điều kiện được hưởng Medi-Cal.
2. Cơ Quan Hành Chánh [Administrative Vendor (AV)] xử dụng để lập thủ tục đơn xin và cấp Thẻ Quyền Lợi [Benefits Identification Cards (BICs)].
3. Bộ Y Tế và Nhân Vụ Hoa Kỳ [the United States (U.S.) Department of Health and Human Services] xử dụng để giám định và tái duyệt kiểm soát phẩm chất và phối kiểm trường hợp Mua Vào Medicare (Medicare Buy-In) và Các Số An Sinh Xã Hội (SSNs).
4. Để phối kiểm tình trạng ngoại kiều với Sở Di Trú và Nhập Tịch Hoa Kỳ [the U.S. Immigration and Naturalization Service (INS)] đối với các ngoại kiều nào khai là họ nhập cảnh hợp pháp để thường trú hoặc Đang Thường Trú tại Hoa Kỳ theo Luật Định (PRUCOL) hoặc Các Ngoại Kiều Được Ân Xá có thẻ I-688 hợp lệ hiện hành. Các chi tiết cung cấp cho INS chỉ được dùng để quyết định về điều kiện hưởng Medi-Cal, chứ không được dùng để thi hành luật di trú trừ phi quý vị gian lận.
5. Những nơi phục vụ y tế và các tổ chức bảo tồn sức khỏe xử dụng để chứng nhận điều kiện được hưởng.
6. Để biết bảo hiểm sức khỏe và có biện pháp thu hồi phí tổn.

CÁC QUYỀN, TRÁCH NHIỆM, VÀ CAM KẾT CỦA ĐƯƠNG ĐƠN/NGƯỜI HƯỞNG MEDI-CAL TÔI CÓ QUYỀN:

1. Yêu cầu có thông dịch viên giúp tôi xin Medi-Cal nếu tôi gặp khó khăn nói hoặc hiểu Anh ngữ.
2. Xin phỏng vấn trực tiếp với một nhân viên của quận.
3. Được đối xử công bằng và bình đẳng bất luận chủng tộc, màu da, quốc tịch, phái tính, tuổi tác, hoặc chính kiến.
4. Nộp đơn trong tư cách người khuyết tật nếu tôi nghĩ rằng tôi bị khuyết tật.
5. Được thông tin về các điều luật áp dụng điều kiện hưởng Medi-Cal ngược lại trước.
6. Xin Medi-Cal và được gửi thư cho biết tôi có hội đủ điều kiện của bất cứ chương trình Medi-Cal nào hay không.
7. Xem các cẩm nang về luật lệ của chương trình Medi-Cal nếu tôi muốn biết về lý do chấp thuận hoặc bác đơn của tôi.
8. Được tuyệt đối giữ kín tất cả các chi tiết do tôi cung cấp cho sở an sinh xã hội quận và xem xét các chi tiết đó trong giờ làm việc thường lệ.
9. Được cấp thẻ có nhu cầu lập tức, khi có thể được và hội đủ điều kiện, nếu tôi cần được cấp cứu y tế hoặc đang có thai.
10. Được hưởng Medi-Cal, khi được cho phép, trong khi đang chờ chứng minh và phối kiểm tình trạng di trú của tôi xem có thỏa đáng hay không, nếu tôi đã hội đủ tất cả các điều kiện khác. Ngoại kiều nhập cảnh để thường trú hoặc PRUCOL hoặc Ngoại Kiều Được Ân Xá có thẻ I-688 hợp lệ hiện hành đều thuộc diện di trú thỏa đáng.
11. Được thông tin về Chương Trình Sức Khỏe và Phòng Ngừa Khuyết Tật Trẻ Em [Child Health and Disability Prevention Program (CHDP)] và Chương Trình Thực Phẩm Bổ Túc Đặc Biệt cho Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh, và Trẻ Em [Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children (WIC)], và nhờ giúp để tiếp nhận các dịch vụ đó.
12. Được thông tin về Chương Trình Dịch Vụ Chăm Sóc Cá Nhân [Personal Care Service Program (PCSP)], và nhờ giúp tiếp nhận các dịch vụ đó.
13. Được thông tin về Chương Trình Dò Tìm, Chẩn Đoán và Điều Trị Sớm và Định Kỳ [Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program (EPSDT)].
14. Hỏi và được thông tin về Chương Trình Kế Hoạch Gia Đình (Family Planning Program) và được thông báo là tôi có hội đủ điều kiện hưởng các dịch vụ đó hay không.

THÔNG TIN QUAN TRỌNG CHO NHỮNG NGƯỜI XIN MEDI-CAL (TIẾP THEO)

15. Nói chuyện với một nhân viên xã hội về các dịch vụ hoặc nguồn tài nguyên công hoặc tư nào tôi có thể xin.
16. Được thông tin về Các Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Medi-Cal nào gia đình tôi và tôi có thể gia nhập để có bác sĩ và dịch vụ chăm sóc y tế khác, và để chọn chương trình tôi thích.
17. Giảm bớt phần đóng góp phí tổn của tôi bằng cách xuất trình các hóa đơn y tế cũ chưa trả (mà tôi hãy còn nợ).
18. Giảm bớt phần dự trữ tài sản của tôi xuống còn trong phạm vi giới hạn của Medi-Cal tính vào ngày cuối của tháng tôi muốn hưởng Medi-Cal, gồm tháng tôi nộp đơn và được cho biết làm cách nào để tôi có thể chi tiêu bớt phần tài sản trên mức giới hạn của tôi.
19. Chia tài sản chung (CỦA NGƯỜI PHỐI NGÃU VÀ CỦA TÔI) phải tính (không được miễn) bằng cách lập văn bản thỏa thuận chia đồng đều thành tài sản riêng nếu bất cứ người nào trong hai người chúng tôi đã vào sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn (LTC) trước ngày 30 Tháng Chín, 1989.
20. Giữ lại một số tài sản riêng và chung nào đó phải tính nếu tôi vào một cơ sở LTC vào hoặc sau ngày 1 Tháng Giêng, 1990. Người phối ngẫu của tôi và tôi có quyền được cho biết số tiền đó.
21. Xin tiểu bang phân xét nếu tôi không đồng ý với hành động (hoặc không có hành động) của sở an sinh xã hội quận hoặc Bộ Y Tế Tiểu Bang, trừ các hành động liên quan đến Việc Trả Tiền Bảo Hiểm Sức Khỏe (HIP) và các Chương Trình Sức Khỏe Tập Thể của Sở Làm (EGHP). Nếu tôi muốn tiểu bang phân xét về một trường hợp kháng cáo quyết định, tôi phải nộp đơn xin phân xét trong vòng 90 ngày sau ngày Thông Báo Hành Động (NOA) được gửi cho tôi. Nếu tôi không nhận được một NOA, tôi phải xin phân xét trong vòng 90 ngày sau ngày tôi biết về hành động (hoặc không có hành động) mà tôi không đồng ý. Ngày phát giác là ngày tôi biết, hoặc lẽ ra phải biết, về hành động đó. Cách hay nhất để xin phân xét là liên lạc với sở an sinh xã hội quận gần nhất.

TÔI CÓ TRÁCH NHIỆM PHẢI THÔNG BÁO CHO NHÂN VIÊN QUẬN TRONG VÒNG MƯỜI (10) NGÀY BẤT CỨ KHI NÀO:

1. Lợi tức của tôi hoặc của bất cứ người nào trong gia đình tôi đã tăng, giảm, bắt đầu có, hoặc ngưng. Số này gồm lợi tức từ Sở An Sinh Xã Hội (SSA), tiền vay, tiền bồi thường, hoặc bất cứ nguồn nào khác.
2. Tôi định đổi hoặc đã đổi chỗ cư ngụ hoặc địa chỉ gửi thư.
3. Có một người, kể cả trẻ sơ sinh, bất luận có liên hệ với tôi hoặc gia đình tôi hay không, dọn vào hoặc ra khỏi nhà tôi.
4. Cha hoặc mẹ vắng mặt trở về nhà lại.
5. Tôi hoặc một người trong gia đình tôi sinh con, có thai, hoặc chấm dứt thai nghén.
6. Tôi, người phối ngẫu của tôi, hoặc bất cứ người nào trong gia đình tôi vào hoặc ra khỏi một nhà điều dưỡng hoặc một cơ sở LTC.
7. Tôi nhận, sang nhượng, cho, hoặc bán bất động sản hoặc tài sản cá nhân (kể cả tiền) hoặc khi có người cho tôi hoặc một người trong gia đình tôi những thứ như xe, nhà, trả tiền bảo hiểm, v.v...
8. Tôi có bất cứ chi phí nào được người khác đài thọ.
9. Tôi hoặc người trong gia đình tôi tìm được việc làm, đổi việc làm, hoặc bị mất việc.
10. Tôi có thay đổi về chi phí liên quan đến việc làm hoặc giáo dục của tôi. (Thí dụ: tiền giữ trẻ, chuyên chở, v.v...)
11. Tôi hoặc người trong gia đình tôi bị khiếm khuyết thể chất hoặc tâm thần (kể cả trẻ trong gia đình).
12. Tôi hoặc người trong gia đình tôi nộp đơn xin quyền lợi trợ cấp khuyết tật với SSA, Sở Cựu Chiến Binh, hoặc Quỹ Hối Hữu Hỏa Xa.
13. Một trong các con của tôi nghỉ học hoặc đi học trở lại.
14. Có thay đổi về tình trạng quốc tịch/di trú của bất cứ người nào trong gia đình đang nộp đơn xin hoặc đang hưởng Medi-Cal.
15. Bảo hiểm sức khỏe của tôi hoặc người trong gia đình tôi đã thay đổi.

TÔI CÓ TRÁCH NHIỆM PHẢI:

1. Điền và gửi lại phúc trình về tình trạng của tôi vào ngày quy định khi có yêu cầu.

THÔNG TIN QUAN TRỌNG CHO NHỮNG NGƯỜI XIN MEDI-CAL (TIẾP THEO)

- Cung cấp bằng chứng cho thấy tôi đang cư ngụ tại California.
- Tuyên khai về tình trạng quốc tịch/di trú của tôi.
- Cung cấp số SSN của tôi và/hoặc của bất cứ người nào trong gia đình tôi có số SSN và muốn hưởng quyền lợi Medi-Cal. Nếu tôi có quốc tịch Hoa Kỳ, là công dân Hoa Kỳ, hoặc là ngoại kiều trong tình trạng di trú hợp lệ, tôi phải xin số SSN và cung cấp số đó cho quận nếu tôi chưa có số đó. Nếu tôi cần nộp đơn xin số SSN, tôi có thể nhờ thẩm định viên của tôi giúp, nhưng tôi phải hợp tác với SSA để giải quyết minh bạch bất cứ thắc mắc nào vì nếu không thì Medi-Cal của tôi sẽ bị bác hoặc ngưng. (Ngoại kiều không có tình trạng di trú thỏa đáng và không có số SSN có thể xin Medi-Cal hạn chế mà không cần phải xin số SSN nếu họ hội đủ mọi điều kiện.)
- Nộp đơn xin bất cứ lợi tức nào tôi hoặc bất cứ người nào trong gia đình tôi có thể xin được.
- Nộp đơn xin quyền lợi Medicare nếu tôi bị mù, khuyết tật, bị Bệnh Thận Ở Giai Đoạn Cuối, hoặc tôi từ 64 tuổi 9 tháng trở lên và hội đủ điều kiện. Tôi có trách nhiệm cho những nơi phục vụ y tế biết là tôi có cả bảo hiểm Medi-Cal lẫn Medicare.
- Nộp đơn xin và gia nhập bất cứ chương trình sức khỏe nào tôi hoặc gia đình tôi có thể gia nhập miễn phí. Tôi có trách nhiệm tiếp tục gia nhập chương trình sức khỏe đó khi Medi-Cal chấp thuận cho Tiểu Bang California trả tiền bảo phí.
- Phúc trình cho quận, và cho nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, về bất cứ khoản đài thọ/bảo hiểm chăm sóc sức khỏe nào tôi đang có hoặc có quyền sử dụng, gồm cả Medicare. Nếu tôi cố tình không cho biết sự kiện này, tôi có thể phạm hình tội, hoặc có thể phải trả tiền cho nơi phục vụ y tế.
- Xử dụng chương trình chăm sóc sức khỏe của tôi (chẳng hạn như Kaiser, CHAMPUS, hoặc một HMO Medicare) để được chăm sóc y tế. (Medi-Cal sẽ không trả tiền cho bất cứ dịch vụ nào được chương trình sức khỏe đài thọ.)
- Hoàn lại cho Tiểu Bang bất cứ khoản tiền nào được bảo hiểm trả nếu Medi-Cal đã trả tiền chăm sóc cho tôi.
- Đến dự một buổi trình bày, nếu có tổ chức, và ghi văn bản chọn lựa, hoặc trả lời nếu nhận được thư, về cách tôi muốn tiếp nhận các quyền lợi Medi-Cal. Nếu tôi không đến dự hoặc không chọn lựa, những người hội đủ điều kiện trong gia đình tôi và tôi có thể được ghi danh vào một Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Medi-Cal gần nhà tôi.
- Ký tên và để ngày vào BIC của tôi khi nhận được thẻ và bảo đảm chỉ dùng thẻ để tiếp nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết cho chính tôi hoặc những người hội đủ điều kiện trong gia đình tôi.
- Đem theo thẻ BIC đến nơi phục vụ y tế của tôi khi tôi bị bệnh hoặc có hẹn. Trong những trường hợp cấp cứu mà không có sẵn thẻ BIC, tôi phải đem thẻ BIC đến nơi phục vụ y tế khi có thể được.
- Phúc trình cho quận khi tôi tiếp nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe vì bị tai nạn hoặc thương tích do một người khác có hành động hoặc vì không hành động mà gây ra, mà trường hợp đó đã được Medi-Cal trả tiền, hoặc có thể trả tiền.
- Hợp tác với Tiểu Bang hoặc quận để xác định ai là cha và tìm bất cứ nguồn bảo hiểm y tế nào tôi hoặc gia đình tôi có thể được quyền hưởng qua người cha hoặc mẹ vắng mặt.
- Hợp tác với Tiểu Bang California nếu trường hợp của tôi được toán tái duyệt kiểm soát phẩm chất chọn ra để duyệt lại. Nếu tôi không chịu hợp tác, các quyền lợi Medi-Cal của tôi sẽ bị ngưng.

TÔI HIỂU RẰNG -

- Nếu không cung cấp các chi tiết cần thiết hoặc cố tình cung cấp chi tiết sai lạc sẽ có thể đưa đến quyết định từ chối hoặc ngưng quyền lợi Medi-Cal. Trường hợp của tôi cũng có thể bị điều tra vì nghi ngờ gian lận.
- Các chi tiết do tôi cung cấp sẽ được máy điện toán phối kiểm với các dữ kiện do hãng sở, ngân hàng, SSA, Hội Đồng Thuế Gián Thu, sở an sinh xã hội, và các cơ quan khác cung cấp. Tôi sẽ có quyền xuất trình bằng chứng để điều chỉnh bất cứ chi tiết nào sai lạc.
- Ngoại kiều không có tình trạng di trú thỏa đáng và không có số SSN có thể xin Medi-Cal hạn chế mà không cần phải xin số SSN nếu họ hội đủ mọi điều kiện.
- Các dữ kiện về tình trạng di trú ghi trong đơn xin Medi-Cal được giữ kín.

THÔNG TIN QUAN TRỌNG CHO NHỮNG NGƯỜI XIN MEDI-CAL (TIẾP THEO)

5. Dựa trên lợi tức của tôi, tôi sẽ phải trả tiền hoặc nhận hóa đơn tính một phần chi phí y tế của tôi trước khi tôi có thể hưởng Medi-Cal.
6. Nếu tôi không phúc trình nhanh chóng về các thay đổi, và vì thế mà được hưởng các quyền lợi Medi-Cal tôi không hội đủ điều kiện được hưởng, tôi có thể phải hoàn lại cho Bộ Y Tế Tiểu Bang.
7. Nếu tôi đang hưởng Medi-Cal theo diện khuyết tật và tôi nộp đơn xin quyền lợi khuyết tật với SSA, và SSA bác đơn xin quyền lợi khuyết tật của tôi, Medi-Cal của tôi có thể bị ngưng. Nếu tôi kháng cáo quyết định bác đơn của SSA ngay lập tức, Medi-Cal của tôi sẽ tiếp tục cho đến khi SSA có quyết định sau cùng. Nếu SSA chấp thuận đơn xin của tôi, thì các quyền lợi Medi-Cal của tôi sẽ tiếp tục. Nếu SSA không chấp thuận đơn xin của tôi, thì các quyền lợi Medi-Cal của tôi sẽ ngưng.
8. Là một điều kiện được hưởng Medi-Cal, tất cả các quyền được yểm trợ y tế và/hoặc tiền trả cho các dịch vụ y tế cho chính tôi và bất cứ người nào hội đủ điều kiện thuộc trách nhiệm pháp lý của tôi đều được tự động chuyển giao cho Tiểu Bang.
9. Nếu có lệnh tòa bắt người cha hoặc mẹ vắng mặt phải yểm trợ y tế cho con tôi, hãng bảo hiểm phải cho phép tôi gia nhập và cung cấp quyền lợi cho con tôi mà không cần phải được người cha hoặc mẹ kia ưng thuận.
10. Nếu tôi không nộp đơn xin hoặc giữ bảo hiểm sức khỏe miễn phí hoặc bảo hiểm do tiểu bang đài thọ, các quyền lợi Medi-Cal và/hoặc tư cách hội đủ điều kiện được hưởng của tôi sẽ bị bác hoặc ngưng.
11. Khi tôi nộp đơn xin Medi-Cal, tôi sẽ được đánh giá xem có thể hội đủ điều kiện theo các chương trình trợ giúp y tế khác hay không, gồm cả các chương trình HIPP và EGHP.
12. Nếu tôi yêu cầu nơi phục vụ Medi-Cal cung cấp bất cứ dịch vụ nào không được đài thọ theo chương trình bảo hiểm sức khỏe không phải Medi-Cal của tôi, tôi phải xuất trình cho nơi phục vụ y tế đó giấy của chương trình sức khỏe nói rằng họ không cung cấp các dịch vụ được Medi-Cal đài thọ.
13. Những nơi phục vụ Medi-Cal không được thu tiền phụ trả bảo hiểm, đồng bảo hiểm, hoặc tiền khấu trừ trả trước (deductibles) của tôi trừ phi tiền đó được dùng để trả phần đóng góp phí tổn và/hoặc phụ trả Medi-Cal của tôi.
14. Nếu tôi được nhận vào một cơ sở điều dưỡng và tôi không có ý định về nhà lại, Tiểu Bang có thể áp đặt chủ quyền liên đới lên bất động sản của tôi.
15. Sau khi tôi qua đời, Tiểu Bang có quyền đòi bồi hoàn từ di sản của tôi cho tất cả số quyền lợi Medi-Cal tôi đã được hưởng sau khi tôi đủ 55 tuổi trừ phi tôi có người phối ngẫu còn sống (trong trọn cuộc đời của người đó), có con vị thành niên, mù, hoặc bị khuyết tật hoàn toàn và vĩnh viễn, hoặc nếu làm thế thì sẽ gây chẹt vật tài chánh quá đáng cho những người hưởng di sản của tôi.
16. Sau khi người phối ngẫu còn sống của tôi cũng qua đời, Tiểu Bang có quyền đòi bồi hoàn từ một phần di sản người đó đã thừa hưởng của tôi, cho tất cả các quyền lợi Medi-Cal tôi đã được hưởng sau khi tôi đủ 55 tuổi cho đến tối đa là số tài sản người phối ngẫu của tôi đã thừa hưởng từ di sản của tôi.

Ký tên và lưu hồ sơ của quý vị

Tôi theo đây tuyên khai là tôi đã xem lại các chi tiết trong mẫu này cùng với một nhân viên của quận và tôi hoàn toàn hiểu rõ Các Quyền và Trách Nhiệm của tôi để được quyết định hội đủ điều kiện hưởng Medi-Cal và duy trì điều kiện được hưởng đó.

Chữ Ký Đường Đơn/Người Đại Diện (nhiệm ý)



Ngày

COUNTY USE SECTION

I have provided (check one) In person By mail to the applicant the rights, responsibilities, and other information listed on this form.

Eligibility Worker's Signature

Worker Number

Date

THÔNG TIN QUAN TRỌNG CHO NHỮNG NGƯỜI XIN MEDI-CAL (TIẾP THEO)

5. Dựa trên lợi tức của tôi, tôi sẽ phải trả tiền hoặc nhận hóa đơn tính một phần chi phí y tế của tôi trước khi tôi có thể hưởng Medi-Cal.
6. Nếu tôi không phúc trình nhanh chóng về các thay đổi, và vì thế mà được hưởng các quyền lợi Medi-Cal tôi không hội đủ điều kiện được hưởng, tôi có thể phải hoàn lại cho Bộ Y Tế Tiểu Bang.
7. Nếu tôi đang hưởng Medi-Cal theo diện khuyết tật và tôi nộp đơn xin quyền lợi khuyết tật với SSA, và SSA bác đơn xin quyền lợi khuyết tật của tôi, Medi-Cal của tôi có thể bị ngưng. Nếu tôi kháng cáo quyết định bác đơn của SSA ngay lập tức, Medi-Cal của tôi sẽ tiếp tục cho đến khi SSA có quyết định sau cùng. Nếu SSA chấp thuận đơn xin của tôi, thì các quyền lợi Medi-Cal của tôi sẽ tiếp tục. Nếu SSA không chấp thuận đơn xin của tôi, thì các quyền lợi Medi-Cal của tôi sẽ ngưng.
8. Là một điều kiện được hưởng Medi-Cal, tất cả các quyền được yểm trợ y tế và/hoặc tiền trả cho các dịch vụ y tế cho chính tôi và bất cứ người nào hội đủ điều kiện thuộc trách nhiệm pháp lý của tôi đều được tự động chuyển giao cho Tiểu Bang.
9. Nếu có lệnh tòa bắt người cha hoặc mẹ vắng mặt phải yểm trợ y tế cho con tôi, hãng bảo hiểm phải cho phép tôi gia nhập và cung cấp quyền lợi cho con tôi mà không cần phải được người cha hoặc mẹ kia ưng thuận.
10. Nếu tôi không nộp đơn xin hoặc giữ bảo hiểm sức khỏe miễn phí hoặc bảo hiểm do tiểu bang đài thọ, các quyền lợi Medi-Cal và/hoặc tư cách hội đủ điều kiện được hưởng của tôi sẽ bị bác hoặc ngưng.
11. Khi tôi nộp đơn xin Medi-Cal, tôi sẽ được đánh giá xem có thể hội đủ điều kiện theo các chương trình trợ giúp y tế khác hay không, gồm cả các chương trình HIPP và EGHP.
12. Nếu tôi yêu cầu nơi phục vụ Medi-Cal cung cấp bất cứ dịch vụ nào không được đài thọ theo chương trình bảo hiểm sức khỏe không phải Medi-Cal của tôi, tôi phải xuất trình cho nơi phục vụ y tế đó giấy của chương trình sức khỏe nói rằng họ không cung cấp các dịch vụ được Medi-Cal đài thọ.
13. Những nơi phục vụ Medi-Cal không được thu tiền phụ trả bảo hiểm, đồng bảo hiểm, hoặc tiền khấu trừ trả trước (deductibles) của tôi trừ phi tiền đó được dùng để trả phần đóng góp phí tổn và/hoặc phụ trả Medi-Cal của tôi.
14. Nếu tôi được nhận vào một cơ sở điều dưỡng và tôi không có ý định về nhà lại, Tiểu Bang có thể áp đặt chủ quyền liên đới lên bất động sản của tôi.
15. Sau khi tôi qua đời, Tiểu Bang có quyền đòi bồi hoàn từ di sản của tôi cho tất cả số quyền lợi Medi-Cal tôi đã được hưởng sau khi tôi đủ 55 tuổi trừ phi tôi có người phối ngẫu còn sống (trong trọn cuộc đời của người đó), có con vị thành niên, mù, hoặc bị khuyết tật hoàn toàn và vĩnh viễn, hoặc nếu làm thế thì sẽ gây chẹt vật tài chánh quá đáng cho những người hưởng di sản của tôi.
16. Sau khi người phối ngẫu còn sống của tôi cũng qua đời, Tiểu Bang có quyền đòi bồi hoàn từ một phần di sản người đó đã thừa hưởng của tôi, cho tất cả các quyền lợi Medi-Cal tôi đã được hưởng sau khi tôi đủ 55 tuổi cho đến tối đa là số tài sản người phối ngẫu của tôi đã thừa hưởng từ di sản của tôi.

Ký tên và lưu hồ sơ của quý vị

Tôi theo đây tuyên khai là tôi đã xem lại các chi tiết trong mẫu này cùng với một nhân viên của quận và tôi hoàn toàn hiểu rõ Các Quyền và Trách Nhiệm của tôi để được quyết định hội đủ điều kiện hưởng Medi-Cal và duy trì điều kiện được hưởng đó.

Chữ Ký Đường Đơn/Người Đại Diện (nhiệm ý)



Ngày

COUNTY USE SECTION

I have provided (check one) In person By mail to the applicant the rights, responsibilities, and other information listed on this form.

Eligibility Worker's Signature

Worker Number

Date